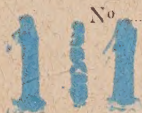


FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

POUR LE



DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Pierre DELORD

Né le 20 Juillet 1909, à LOCHES (Indre-et-Loire)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ABCÈS DE L'OVAIRE

Président : M. PROUST, Professeur.

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1935

111

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Pierre DELORD

Né le 20 Juillet 1909, à LOCHES (Indre-et-Loire)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ABCÈS DE L'OVAIRE

Président : M. PROUST, Professeur.

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1935

I. — Professeurs

		MM.
Anatomie		ROUVIERE.
Physiologie		Léon BINET.
Physique médicale.....		STROHL.
Chimie médicale.....		DESGREZ.
Bactériologie		Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....		BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.....		BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale.....		CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....		ROUSSY.
Histologie		CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....		TIFFENEAU.
Thérapeutique		LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....		TANON.
Médecine légale.....		BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LAIGNEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....		LAVASTINE
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....		FIESSINGER.
		Maur. VILLARET
		BEZANCON.
Clinique médicale.....		CARNOT.
		CLERC.
		Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance.....		LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....		NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....		H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....		GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....		LEMIERRE.
		CUNEO.
Clinique chirurgicale.....		GOSSET.
		GREGOIRE.
		LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....		TERRIEN.
Clinique urologique.....		MARION.
Clinique d'accouchements.....		BRINDEAU.
		COUVELAIRE.
		JEANNIN.
Clinique gynécologique.....		PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....		OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale.....		RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....		LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....		Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....		SERGENT.
Clinique de la Tuberculose.....		N...
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....		MATHIEU.
		HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.....		MULON.
		OLIVIER.
		VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
BENARD Henri	Pathologie médicale.	GAYET	Physiologie.
BERNARD Et...	Pathologie médicale.	GIROUD	Histologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie
CATHALA	Pathologie médicale.	HAZARD	Pharmacologie.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.	HUGUENIN	Anatomie pathologique.
DOGNON	Physique.	JOANNON	Hygiène.
FEY	Urologie.	LABBE Henri...	Chimie biologique.
GALLIARD	Parasitologie.	LACOMME	Obstétrique.
GASTINEL	Bactériologie.	LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
DE GAUDART		LAROCHE Guy.	Pathologie médicale.
D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale		



MM.

LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LEVY (M^{re} J.).. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-
 DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT..... Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-
 LEMAIRE.... Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ABRAMI
 ALAJOUANINE .
 AUBERTIN
 BRULE
 CHABROL
 CHIRAY
 DONZELOT
 DUVOIR
 HARVIER
 LIAN
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur).
 SEZARY

Clinique médicale.

MM.

BASSET
 BROCC
 CADENAT
 GATELLIER
 HEITZ-BOYER .
 MOCQUOT
 MOURE
 QUENU
 SCHWARTZ
 VELTER
 ECALLE.....
 GUENIOT
 LE LORIER.....
 LEVY-SOLAL ...
 METZGER

Clinique chirurgicale

Clinique obstétricale.

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé. Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 WEIL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PROUST

Professeur de Clinique gynécologique

Chirurgien de l'Hôpital Broca

Qui a bien voulu accepter de présider
cette thèse.

Hommage de ma profonde admira-
tion et de ma respectueuse reconnais-
sance.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TIFFENEAU

Membre de l'Académie de Médecine

Professeur de Pharmacologie et de Matière médicale

Qui depuis le début de mes études
médicales, m'a toujours prodigué ses
conseils avec tant de bienveillance.

En témoignage de ma respectueuse
gratitude.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR GERNEZ
Chirurgien de l'Hôpital Tenon

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SCHWARTZ
Chirurgien de l'Hôpital Necker

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR HUARD
Chirurgien des Hôpitaux

Homage de reconnaissance pour
tout ce qu'ils m'ont appris.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GUY LAROCHE
Médecin de l'Hôpital Tenon

A qui je dois la plus grande partie
de ma formation médicale.

En témoignage de ma respectueuse
gratitude.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF DE 2^e CLASSE
GOURIOUX
Médecin des Hôpitaux de la Marine

Qui m'a beaucoup appris durant
mon séjour dans son service tant à
Brest qu'à Toulon.

En témoignage de ma profonde gra-
titude pour l'accueil si cordial que
j'ai reçu dans la Marine.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ
MOULONGUET-DOLERIS

Chirurgien des Hôpitaux

Qui, alors que j'étais tout jeune externe, m'a prodigué son enseignement et ses conseils avec la bienveillance dont il est coutumier, et qui, maintenant a bien voulu me suggérer le sujet de cette thèse avec son affectueuse sollicitude.

Hommage de grande reconnaissance et de profond attachement pour le Maître que l'on aime et qu'on admire.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage :

1928-1929

M. LE PROFESSEUR SERGENT
M. LE PROFESSEUR DUVAL
M. LE PROFESSEUR LEMIERRE

Externat :

1930-1931

M. LE DOCTEUR GERNEZ
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MOULONGUET-
DOLERIS

1931-1932

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SCHWARZ
M. LE DOCTEUR HUARD

1932-1933

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GUY LAROCHE

1933

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MILIAN

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ABCÈS DE L'OVAIRE

INTRODUCTION

L'abcès de l'ovaire est une collection purulente, résultant d'une inflammation aigue, limitée et circonscrite, développée aux dépens des tissus propres de cet organe.

Il constitue ainsi parmi les lésions infectieuses de l'ovaire une entité morbide bien établie que d'emblée nous distinguerons de la suppuration de tissus néoformés sous l'influence d'une affection antérieure, kystes dermoïdes ou mucoïdes notamment.

C'est une affection sur laquelle on attire peu l'attention dans les traités classiques et qui pourtant semble relativement fréquente. Notre Maître M. le Professeur agrégé MOULONGUET-DOLÉRIS, qui a bien voulu nous suggérer ce travail, s'y était attaché dans un des chapitres de son ouvrage « Les diagnostics anatomo-cliniques de LECÈNE recueillis par ses élèves ». Il en a recueilli de nombreuses observations qu'il a eu l'amabilité de nous communiquer.

Soit qu'il s'agisse d'abcès primitifs, constituant une affection pelvienne isolée, de diagnostic difficile, découverte d'intervention généralement, parfois même révélés par une brusque perforation en péritoine libre.

Soit qu'il s'agisse d'abcès secondaires à une infection pelvienne, génitale le plus souvent. La partici-

pation de l'ovaire est en effet fréquente au cours de l'infection annexielle, elle aboutit assez fréquemment à l'abcès et nous insisterons particulièrement sur les cas où un abcès plus ou moins volumineux ne coexiste qu'avec des lésions salpingiennes minimales.

Mais quelque soit le cas envisagé, primitif ou secondaire, l'abcès de l'ovaire pose des indications opératoires catégoriques, car il n'a aucune tendance à se résorber spontanément.

CHAPITRE PREMIER

LES ABCÈS PRIMITIFS DE L'OVAIRE

Nous n'avons rien relevé concernant les abcès primitifs de l'ovaire d'origine sanguine dans les traités de gynécologie. J. L. FAURE et SIREDEY même n'y consacrent aucun chapitre de leur ouvrage.

Cependant dès la fin du dix-neuvième siècle plusieurs auteurs avaient attiré l'attention sur cette question des abcès primitifs de l'ovaire. Ce furent :

En 1896 ETHERIDGE qui publiait 3 cas d'abcès primitifs à pneumocoque dans le « Journal américain de médecine » de Philadelphie.

En 1897 ORTHMANN dans le *Centralb. F. Gynæk.*

En 1899 PITHA faisait paraître un article sur le diagnostic et l'étiologie de ces abcès dans le *Monatschr. F. Geburtsch u. Gynæk.*

En France, en 1910 OKINZCYG consacrait un travail dans les « Annales de Gynécologie et d'Obstétrique » aux oophoro-salpingites métastatiques.

Plus récemment en 1929 GAUDART-D'ALLAINES présentait à la Société de Chirurgie un cas d'abcès du corps jaune rompu révélé par une péritonite aigue.

Enfin tout dernièrement M. MOULONGUET-DOLÉRIS dans son chapitre consacré aux ovarites infectieuses dans les « Diagnostics anatomo-cliniques de LECÈNE », chapitre auquel nous faisons allusion, citait plusieurs

cas d'abcès primitifs parmi lesquels il publiait une observation de WIART.

Quel est le critérium de l'abcès primitif ?

Sur quels arguments se basera-t-on pour dire qu'un abcès de l'ovaire est primitif ? Il est des cas qui sont évidents : telle cette observation de WIART où une femme sans passé génital se plaint à la suite d'une grippe à symptomatologie pulmonaire de douleurs sourdes du ventre. A l'intervention, six mois plus tard, on trouve un abcès de l'ovaire avec des annexes parfaitement saines. L'examen histologique montre un tissu ovarien très remanié et déjà sclérosé semblant indiquer que l'abcès remonte bien à l'époque de cette grippe.

Parfois même l'examen bactériologique apporte une preuve supplémentaire comme dans cette observation de GAUDART-D'ALLAINES où le pneumocoque est retrouvé dans le pus alors que la malade avait eu une angine une dizaine de jours auparavant.

Ainsi les antécédents de la malade lorsqu'ils montrent l'absence d'affection génitale antérieure et lorsque, parfois même on peut retrouver un accident infectieux pulmonaire, rhinopharyngé ou même septicémique, fièvre typhoïde par exemple, dans son histoire orientent déjà le diagnostic vers l'abcès primitif.

L'examen bactériologique du pus apportera presque un argument de certitude s'il permet de mettre en évidence un germe correspondant à l'affection retrouvée dans les antécédents.

La constatation des lésions anatomiques est, elle, d'un bien plus précieux secours. En effet si l'ovarite est isolée, si les annexes sont parfaitement saines et s'il n'existe aucun foyer infectieux de voisinage géni-

tal ou même intestinal nous pouvons assurer à coup sûr qu'elle est primitive.

Mais l'existence de lésions salpingiennes ne permet pas de repousser à priori l'hypothèse d'ovarite primitive. Car la trompe peut avoir été infectée par l'abcès de l'ovaire. Et PITHA définissait ainsi l'ovarite d'origine sanguine comme étant : « isolée, primitive, unilatérale, parenchymateuse et folliculaire, au voisinage d'une trompe saine ou malade, mais dont la paroi dans ce dernier cas serait seule atteinte à l'exclusion de la muqueuse qui serait normale. »

Or ce test anatomique de différenciation des salpingites primitives et secondaires semble difficile à conserver car PÉREZ aurait obtenu expérimentalement une infection répondant en tout point à cette définition des annexites primitives par le bacille de PFEIFFER introduit par voie vagino-utérine.

Enfin PITHA fait intervenir les lésions histologiques lorsqu'il fait entrer dans sa définition les caractères d'ovarite parenchymateuse et folliculaire ; or en 1919 dans sa thèse CHOME apportait 17 cas d'ovarites secondaires qui toutes étaient des abcès du corps jaune.

La distinction entre les ovarites primitives et secondaires reste donc souvent difficile à part quelques cas absolument typiques, ainsi aucun des différents arguments : antécédents, bactériologie, anatomie pathologique ne permet à lui seul d'apporter une certitude et c'est surtout sur leur ensemble que l'on pourra se baser pour affirmer qu'une ovarite est primitive ou secondaire.

Observations d'abcès primitif de l'ovaire

OBSERVATION I

(Observation de M. MOULONGUET-DOLÉRIS)

Mme Jeanne P..., âgée de 22 ans, entre à l'hôpital Tenon le 27 octobre 1934.

Le 14 octobre, elle a été prise brusquement de douleurs dans la fosse iliaque droite, douleurs très intenses, continues avec paroxysmes très pénibles. Ces douleurs s'accompagnaient de nausées et de vomissements bilieux fréquents. La malade se plaignait d'une vive céphalée et de courbature. La température s'élevait à 40°.

Un médecin appelé, aurait constaté à l'examen l'existence d'une masse pelvienne volumineuse à droite. Il prescrit le repos au lit, fait faire deux injections de Propidon. Mais les douleurs persistant, la température restant élevée, la malade est conduite à l'hôpital.

C'est la troisième crise douloureuse qu'accuse la malade :

En novembre 1932, elle avait été prise assez brusquement de douleurs dans la fosse iliaque droite qui avaient duré une dizaine de jours et avaient cédé sans traitement.

En mai 1934, cette douleur réapparaît sous forme de crises d'une durée de dix minutes environ avec début et terminaison brusques se répétant cinq à six fois dans la journée, surtout dans les quelques jours qui suivent les règles. Elles se seraient accompagnées d'une température élevée mais bientôt tout avait cédé et la malade ne s'était plainte d'aucun trouble jusqu'à la crise actuelle.

Dans ses antécédents on relève encore que jusqu'à l'âge de dix-neuf ans ses règles avaient été irrégulières et très peu abondantes.

A son entrée à l'hôpital on constate au toucher vaginal l'existence d'une grosse masse pelvienne droite du volume d'une petite tête fœtale, bien limitée, douloureuse au palper.

La température reste à 39° en plateau. Au bout de trois jours on décide d'intervenir. Le diagnostic porté est celui de kyste suppuré de l'ovaire.

Intervention le 31 octobre sous anesthésie à l'éther.

On trouve à droite une grosse masse assez facilement accessible, adhérente seulement au côlon sigmoïdien. Les annexes sont saines.

Décollement sous-péritonéal, la masse est enlevée, d'abord la poche kystique puis la trompe avec le feuillet du ligament large Mikulicz, mèche dernière et fermeture de la paroi en un plan.

Un fragment de cette masse et un fragment de la trompe ont été prélevés pour examen histologique.

Le premier montre du tissu conjonctif infiltré de nombreux polynucléaires sans revêtement propre ni fibre musculaire. Il semble qu'il ne s'agisse ni d'un pyosalpinx, ni d'un kyste de l'ovaire suppuré, mais d'un abcès développé en plein parenchyme ovarien.

L'autre, celui de la trompe qui était rouge dans une péri-salpingite paraissant elle-même saine, ne montre qu'une très légère infection.

OBSERVATION II

(Observation de M. MOULONGUET-DOLÉRIS)

Mme B..., âgée de 34 ans, a été prise brusquement de douleurs dans le côté droit accompagnées de vomissements et de température à 40°.

On pense à l'appendicite, d'autant qu'il n'y a pas d'antécédents pathologiques, pas de passé génital (elle a mis au monde sept enfants sans incident).

Après son entrée dans le service, on est frappé du peu d'importance des signes locaux : absence de contracture avec seulement perception au palper d'une petite masse profonde sur le détroit supérieur. Rien au toucher vaginal. Et cependant la température est oscillante, montant jusqu'à 39°, la

malade est manifestement infectée et fatiguée. On porte le diagnostic d'appendicite mésocolique.

Intervention le 27 octobre 1934.

Anesthésie générale au Schleich. Grande incision sus-inguinale.

L'appendice est sain, sauf sa pointe qui est enflammée, au-dessous de lui au détroit supérieur il y a un abcès sous-péritonéal dont la ponction ramène du pus. Cet abcès est adjacent aux annexes droites qui sont cependant saines.

Ablation des annexes par section première de leurs connexions utérines. Décollement sous-péritonéal. L'abcès remonte le long du pédicule infundibulo ovarien qui est très induré. On craint un abcès autour d'un calcul urétral, cependant l'uretère n'est pas en cause.

Le pédicule infundibulo ovarien paraît thrombosé en voie de suppuration. On place deux pinces à demeure. Mikulicz et deux crins sur la paroi.

L'examen au laboratoire du fragment prélevé montre des zones de dégénérescence graisseuse dues à une inflammation chronique, cependant il n'a pas été possible de mettre en évidence d'inclusion ovarienne.

OBSERVATION III

(Observation de LECÈNE, inédite)

Mme Le S..., âgée de 36 ans, est envoyée à l'hôpital le 12 avril 1929 pour fibrome.

Aux environs du 10 février 1929, elle a eu un épisode gripal banal caractérisé par de la toux et des céphalées qui dure une huitaine de jours, mais après lequel elle reste fatiguée.

Au début d'avril elle se plaint de douleurs lombaires droites et de troubles vésicaux : pollakiurie, dysurie avec douleurs à la miction.

Ses urines auraient alors été, dit-elle, couleur rouge sang. Ces phénomènes durent une semaine environ.

A son entrée à l'hôpital persiste seule de la pollakiurie, mais elle se plaint maintenant de douleurs dans le bas ventre qui constituent le symptôme dominant.

Dans son passé génital on note que ses règles n'ont jamais été très régulières, elles sont prolongées neuf jours en moyenne et très abondantes, s'accompagnant de caillots.

En 1918, à l'âge de 25 ans elle aurait eu des pertes blanches pendant un an seulement.

A l'examen, au palper de l'abdomen, on trouve une masse volumineuse à droite presque médiane. La région lombaire droite est très douloureuse à la pression.

L'intervention est pratiquée le 13 mai.

Cette masse qui au premier abord est prise pour un kyste du ligament large droit est en réalité un volumineux abcès de l'ovaire de la grosseur d'une tête d'adulte, renfermant deux litres de pus.

Elle est surcroisée par la trompe.

On l'énuclée progressivement.

Hystérectomie abdominale totale avec drain vaginal fixé et mèche de gaz iodoformée.

Péritonisation complète par cloisonnement vésico-sigmoïdien.

Paroi en un plan. Crins doubles avec mèche cellophane.

OBSERVATION IV

(Observation de LECÈNE, inédite)

Mme A..., âgée de 38 ans, entre à l'hôpital pour des métrorragies.

Huit mois auparavant cette malade avait eu une paratyphoïde qui aurait été suivie d'une anémie considérable ayant même nécessité une transfusion.

Depuis cette époque aménorrhée complète.

Mais il y a un mois surviennent des métrorragies qui durent trois semaines sans interruption avec augmentations passagères.

Par ailleurs, depuis la convalescence de cette paratyphoïde, la malade présente une tuméfaction de la jambe droite qui s'est accentuée progressivement sans donner cependant de troubles appréciables de la marche.

Dans les antécédents on ne relève pas de passé génital : malade réglée régulièrement depuis l'âge de 11 ans.

Pas de pertes blanches.

Pas de fausse couche ; un enfant de 12 ans.

A l'examen : Le membre inférieur droit est augmenté de volume ; les téguments sont rouges, un peu cyanosés par place ; mais la pression n'est pas douloureuse.

Au toucher vaginal on sent une grosse masse du ligament large droit, mal limitée, infiltrée et fixée.

On porte le diagnostic de fibrome inclus à droite ou d'annexite post-typhique.

L'intervention est pratiquée le 4 octobre 1925.

La masse droite est formée :

de l'ovaire contenant plusieurs abcès à pus chocolat, très adhérent aux parois du pelvis.

de la trompe droite infectée extrêmement adhérente à la marge du pelvis (cause évidente de la compression des vaisseaux iliaques).

de l'appendice infecté collé aux annexes droites.

Hystérectomie abdominale totale avec large drainage vaginal. Appendicectomie. Paroi en deux plans (crins en 8) avec gaz cellophane.

OBSERVATION V

(Observation de LECÈNE, inédite)

Mme A..., âgée de 20 ans, entre à l'hôpital le 11 mars 1923 pour des douleurs abdominales gauches et un retard de règles.

Le 30 janvier, au quatrième jour de ses règles qui avaient été normales d'abondance et de durée, elle ressent une brusque douleur à type de barre épigastrique accompagnée de

quelques vomissements peu abondants. Elle se couche le soir.

Les douleurs se localisent dans la fosse iliaque droite, on pense à une appendicite.

Elle est conduite à l'hôpital Saint-Louis avec ce diagnostic. Les douleurs se calment assez rapidement sous l'influence de la glace et elle sort trois jours après ne souffrant plus du tout.

Depuis la malade est en aménorrhée complète et a des pertes blanches assez abondantes, épaisses et jaunâtres.

Le 2 mars, elle se plaint de quelques douleurs abdominales à gauche pas très violentes.

Le 11 elle se présente à la consultation de l'hôpital et est admise.

A l'examen, le toucher vaginal montre : que le col regarde en bas et en arrière il est ferme, son orifice admet la pulpe de l'index.

Le corps est en anteposition refoulé à droite de la ligne médiane.

Le fonds s'élève à deux travers de doigts au-dessus de la symphyse à droite de la ligne médiane.

Le cul-de-sac vaginal droit est étroit et souple.

Le cul-de-sac gauche est occupé par le pôle inférieur d'une masse dont la main abdominale trouve à la palpation le pôle supérieur à quatre travers de doigts au-dessus de la symphyse à gauche de la ligne médiane, masse de consistance presque renittente.

Le 19 mars, à l'intervention : on trouve un abcès situé dans l'ovaire gauche.

Incision arciforme sus-pubienne.

Ablation des annexes gauches.

Appendicectomie.

Suture en trois plans de la paroi abdominale sans drain.

Symptomatologie

Ces cinq observations concernent deux des malades de M. MOULONGUET-DOLHÉRIS. Les trois autres sont des observations inédites de LECÈNE, toutes les cinq ont été recueillies à l'hôpital St-Louis et à l'hôpital Tenon pendant ces onze dernières années de 1923 à 1934.

L'abcès primitif de l'ovaire, d'origine sanguine, tout en restant peu fréquent parmi les suppurations pelviennes, est donc loin d'être une rareté et mérite une place à part dans les affections gynécologiques.

Son diagnostic est toujours très difficile puisque ces cinq cas furent tous des découvertes opératoires. En effet sa symptomatologie est toujours une symptomatologie d'emprunt et on ne retrouve aucun signe pathognomonique.

Il s'agit toujours de malades jeunes en pleine période d'activité génitale. La plus âgée avait 38 ans, la plus jeune 20 et si nous considérons les observations de WIART et de GAUDART-D'ALLAINES elles concernent : l'une une jeune femme de 25 ans, l'autre une jeune fille de 17 ans.

Dans leurs antécédents on ne retrouve pas de passé génital :

deux d'entre elles avaient eu des règles irrégulières,
une seule avait présenté de la leucorrhée pendant une année environ et cela onze ans auparavant.

Par contre l'accident infectieux initial est toujours difficile à déterminer, nous ne l'avons retrouvé que dans 2 cas; ce furent : une grippe à symptomatologie pulmonaire 2 mois avant et une paratyphoïde 8 mois avant. Il est à noter que ces deux malades étaient res-

tées fatiguées et que les troubles génitaux fonctionnels avaient débuté très rapidement.

Le signe fonctionnel le plus fréquent est la douleur. C'est une douleur du bas ventre, irradiant parfois dans la région lombaire, douleur continue avec paroxysmes, elle ne présente aucun caractère qui permette de la différencier des douleurs d'une salpingite ou d'un kyste suppuré de l'ovaire.

Par contre les troubles des règles sont beaucoup plus fréquents ; nous en retrouvons 3 fois sur 5 cas et encore l'un des deux autres concerne-t-il une malade dont les accidents ont eu un début très brutal, nécessitant une intervention d'urgence.

Deux malades avaient été aménorrhéiques depuis le début des accidents ; l'une d'entre elles a eu des métrorragies continues avec augmentations passagères pendant les 3 dernières semaines.

Dans une autre observation la femme présentait des ménorragies depuis une date qu'il n'a pas été possible de déterminer, hémorragies abondantes de sang liquide, mêlé de caillots qui duraient 9 jours en moyenne par mois.

Douleurs et troubles des règles, tels sont les 2 signes fonctionnels principaux, parfois s'y ajoutent des signes de compression :

œdème permanent unilatéral d'un des membres inférieurs,

ou troubles vésicaux à type de pollakiurie.

L'état général est généralement très atteint et la température élevée autour de 39° ou 40°, mais on peut retrouver plusieurs types de fièvre :

tantôt température à grandes oscillations,

tantôt au contraire fièvre en plateau à 39°

Cette élévation de la température est assez banale

chez une malade dont l'ovaire renferme un ou plusieurs abcès et nous insisterons davantage sur les cas d'apyrexie.

Dans une de nos observations la malade n'avait jamais été fébrile, ce furent des métrorragies et la constatation à l'examen d'une grosse masse incluse dans le ligament large qui firent porter le diagnostic de fibrome et à l'intervention on trouvait plusieurs abcès de l'ovaire.

Dans le cas de WIART la femme n'avait à aucun moment présenté d'épisodes fébriles et cependant on trouvait un abcès du volume d'une grosse orange.

Il s'agit sans doute d'une question de virulence plus ou moins accentuée des germes microbiens en cause.

Mais dans tous les cas on note une asthénie et une atteinte de l'état général souvent très marquée.

Signes fonctionnels et signes généraux n'apportent aucun argument décisif au diagnostic. L'examen physique permet lui toujours, de constater l'existence d'une masse pelvienne, et c'est là le signe capital.

Au toucher vaginal on trouve dans l'un des culs-de-sac une masse de volume souvent assez considérable, comparable au poing ou à une petite tête fœtale, parfois même assez volumineuse pour rejeter l'utérus du côté opposé.

Cette masse est généralement bien limitée, quoique dans un cas, on l'ait trouvée infiltrée et mal limitée.

Sa consistance est presque toujours très dure.

Elle est toujours douloureuse à la pression.

Dans un cas cependant on ne trouvait rien au toucher vaginal, mais à l'examen de l'abdomen on sentait au détroit supérieur une petite masse très dure qui en imposa pour une appendicite mésocolique.

Douleurs,

Troubles des règles,

Masse para utérine dure et douloureuse, tels sont les signes principaux de l'abcès de l'ovaire.

On comprend qu'il est sujet à bien des erreurs de diagnostic :

s'il n'y a pas de fièvre en présence d'une tumeur paramédiane souvent fixée, s'accompagnant de pertes de sang et de troubles vésicaux ou d'œdème de la jambe, on est amené à faire le diagnostic de fibrome, et c'est ce qui s'est produit dans deux cas,

Si la température est élevée, la constatation dans un cul de sac de la présence d'une masse douloureuse plus ou moins infiltrée, fait porter le diagnostic de pyosalpinx ou de kyste de l'ovaire compliqué et c'est le plus fréquent.

Formes cliniques

Parmi les observations que nous avons rapportées, dans deux cas seulement l'origine de l'abcès a pu être retrouvée.

Dans sa thèse sur l'ovarite suppurée, en 1900 MAUGER étudiant les suppurations de l'ovaire sans salpingite les rapportait à une étiologie bien spéciale : « Elle est presque toujours, dit-il, le résultat d'une infection obstétricale », infection qu'il va rechercher souvent fort loin dans les antécédents, dix ans et plus. Or parmi nos malades aucune ne présentait d'antécédents obstétricaux pathologiques. Plusieurs d'entre elle n'avaient jamais eu ni accouchement, ni fausse couche, l'une d'elles avait mis au monde sept enfants sans incidents.

Par contre dans la littérature de nombreux auteurs

ont insisté sur la fréquence des abcès pneumococci-ques isolés de l'ovaire.

Le cas de PITHA et les trois cas d'ETHERIDGE étaient des abcès à pneumocoques, prouvés bactériologiquement ; notons que chez ces quatre malades aucune n'avait fait de pneumonie, mais peut-être faut-il rechercher dans une angine passée inaperçue la porte d'entrée du pneumocoque ainsi que le fait remarquer OKINZCIC.

L'observation de GAUDART-D'ALLAINES est très démonstrative à ce sujet. Les accidents ont éclaté huit à dix jours après un léger mal de gorge, or on trouve à la culture et à l'examen direct du pus repandu dans le péritoine du pneumocoque pur et on trouve à l'examen des coupes de l'abcès de l'ovaire « au niveau de la nappe inflammatoire des éléments microbiens, cocci, prenant le GRAM, dont l'identification ne peut être faite sur coupes par leurs seuls caractères morphologiques. »

On sait la fréquence des suppurations d'origine typhique de kystes de l'ovaire, l'ovaire sain, non modifié par une affection antérieure peut lui aussi donner lieu à des abcès. Une de nos observations concerne une malade atteinte huit mois avant d'une paratyphoïde, depuis laquelle elle était restée fatiguée et aménorrhéique, or c'est de cette époque que dataient les troubles de compression dont elle se plaignait.

D'autre part en 1926 CORDUA et KECK retrouvaient des bacilles paratyphiques B dans un abcès de l'ovaire.

D'autres maladies infectieuses semblent aussi pouvoir être en cause, telle la rougeole. GALLIARD et BOUSSENAT en effet en 1892 rapportaient à la Société médicale des Hôpitaux l'histoire d'une jeune fille vierge de 21 ans qui faisait une rougeole grave compliquée de

ménorragies. Au vingt-et-unième jour de la maladie cette rougeole se complique d'une péritonite généralisée et la malade meurt quatre jours plus tard.

L'examen anatomique a montré un petit abcès de l'ovaire droit rompu ; la trompe du même côté était épaissie et dilatée. L'utérus et les annexes gauches indemnes.

L'examen bactériologique du pus montre des streptocoques avec quelques diplocoques et cocci.

L'examen histologique prouve par l'absence de toute trace de sclérose que cette lésion est toute récente.

Enfin à l'origine de plusieurs cas on retrouve un épisode infectieux qualifié de grippe, caractérisé par de la céphalée, de la toux et une élévation de température. En l'absence de renseignements plus précis sur l'étiologie de ses incidents, il est difficile de déterminer avec exactitude la cause de l'abcès de l'ovaire.

Nous avons cité une observation se rapportant à une malade atteinte deux mois avant de grippe et restée fatiguée depuis.

L'observation de WIART concerne un cas semblable. Sa malade se plaignait de douleurs sourdes du ventre depuis un épisode grippal survenu six mois auparavant. Les examens de laboratoire ont montré que c'était un abcès à pyogène ; il n'a pas été cependant possible d'isoler le germe en cause.

Evolution et pronostic

L'évolution des abcès de l'ovaire est très variable ; elle dépend essentiellement de la virulence des germes en cause.

C'est ainsi qu'à côté de formes évoluant sourdement, à bas bruit, sans élévation de température et cela pen-

dant des mois, nous aurons des formes suraigues réalisant un tableau dramatique et pour lesquelles une intervention d'urgence sera nécessaire ; tel ce cas que l'on avait pris pour une appendicite mésocolique.

Mais le plus souvent l'abcès évolue par poussées successives, poussées douloureuses et fébriles.

Dans tous les cas il ne semble avoir aucune tendance spontanée à la guérison et cela malgré le traitement mis en œuvre : repos au lit, application de glace sur l'abdomen, injection de propidon.

Une grave éventualité en menace l'évolution ; c'est l'ouverture en péritoine libre de l'abcès. Deux exemples nous en sont donnés par les malades de GAUDART-D'ALLAINES et de GALLIARD et BOUSSENAT dont nous avons rapporté l'histoire.

Le seul traitement de l'abcès de l'ovaire est donc l'intervention. Nous y reviendrons.

CHAPITRE II

ABCÈS SECONDAIRES

Les abcès primitifs de l'ovaire, infectés par voie sanguine, nous l'avons vu, n'entrent que pour une part relativement minime parmi les autres affections chirurgicales, c'est la raison pour laquelle on y pense si rarement et que le diagnostic n'est fait qu'après l'intervention.

Les abcès de l'ovaire, secondaires à une infection pelviennes sont eux bien mieux connus.

BEGOUIN et PAPIN étudiant les lésions de l'ovaire au cours des salpingites décrivent parmi les ovarites infectieuses des inflammations aiguës : « L'inflammation, disent-ils, produit dans l'ovaire ses phénomènes habituels, mais ils diffèrent un peu suivant que l'infection s'est faite par la périphérie ou par le hile. L'infection par la périphérie qui s'observe à la suite du passage des microbes par le pavillon de la trompe est presque toujours blennorragique. Elle détermine une péritonite localisée avec production de fausses membranes et lésions corticales de l'ovaire, sans altérations importantes dans la profondeur.

Quand l'infection se fait par le hile, à travers les lymphatiques de l'aileron du ligament large, voie habituellement suivie par le streptocoque, l'ovaire s'enflamme dans son centre, s'infiltré de cellules embryonnaires, s'hypertrophie et des abcès de l'ovaire peuvent

se constituer, les uns sont microscopiques, les autres gros comme une noix, le poing ou une tête de fœtus. Si l'abcès se résorbe ou s'évacue, il y a ensuite évolution vers une transformation scléreuse. »

Pour eux l'abcès de l'ovaire reste rare vis-à-vis des lésions de cet organe, qui sont le plus souvent l'ovarite scléro-kystique infectieuse et l'ovarite scléreuse, en tout cas la suppuration de l'ovaire reste un phénomène banal et sans intérêt particulier au cours des salpingo-ovarites.

Or les lésions suppurées de l'ovaire nous semblent accompagner très fréquemment les salpingites. En effet sur 110 observations de salpingites opérées dans le milieu hospitalier nous n'avons pas relevé moins de 23 cas d'abcès de l'ovaire. Ce qui fait une proportion de plus du cinquième exactement 20,9 pour cent.

Parmi ces abcès nous retiendrons surtout les cas où les lésions de l'ovaire, « quoique d'origine génitale prennent le pas sur les autres lésions pelviennes, soit par leur volume, soit parce qu'il est la seule lésion suppurée » ainsi qu'insiste M. MOULONGUET-DOLHÉRIE dans les diagnostics anatomo-cliniques de LECENE.

Ces abcès avec lésions salpingiennes minimales ne sont pas seulement des curiosités anatomiques, mais ils ont une importance pratique considérable, car c'est vraisemblablement dans l'abcès de l'ovaire accompagnateur d'une salpingite qu'il faut rechercher l'origine de cette résistance insurmontable de certaines salpingites au traitement. Et ces cas apportent par leur histoire un argument bien important en faveur de cette hypothèse.

En effet ces annexites ont toutes été opérées parce que le traitement habituel : repos au lit, application de glace sur l'abdomen, injections vaginales antiseptiques et toutes les thérapeutiques vaccinales ou théra-

peutiques de choc (propidon, injection de lait stérilisé) n'amenait aucun résultat ou des résultats fort incomplets tantôt la fièvre persistait, tantôt les phénomènes locaux ne s'amendaient pas ou s'amendaient incomplètement.

Or l'abcès de l'ovaire ne semble pas contrairement à l'opinion de BÉGOIN et PAPIN pouvoir évoluer normalement vers la transformation scléreuse, mais bien plutôt du moment où la collection purulente est constituée, n'avoir aucune tendance résolutive.

On peut se demander comment il se fait que l'infection de l'ovaire prenne dans certains cas une place prépondérante ; on a tenté de l'expliquer par le mécanisme même de cette infection.

La voie d'infection des annexes a été très discutée. LUCAS-CHAMPIONNIERE admettait qu'elle se faisait uniquement par les lymphatiques. Mais QUÉNU qui soutenait au contraire qu'elle se faisait de proche en proche, faisait toutefois exception pour l'infection de l'ovaire pour la pathogénie de laquelle il se rangeait à l'opinion de LUCAS-CHAMPIONNIERE.

CHOMÉ dans sa thèse s'efforçait de démontrer que les abcès de l'ovaire secondaires à une salpingite étaient toujours des abcès du corps jaune et que l'infection se faisait toujours par le péricône. Il s'appuyait sur les travaux de POIRIER qui par la méthode des injections mercurielles a montré l'indépendance des systèmes lymphatiques utéro-salpingiens et ovariens qui ne s'anastomosaient que très haut au niveau de la cinquième lombaire. Le corps jaune s'infecterait alors par voie extérieure, par sa plaie au moment de la déphiscence du follicule de GRAAF. Il citait d'ailleurs à l'appui de sa démonstration, un cas d'abcès du corps jaune d'origine gonococcique certaine: malade qui avait fait une polyarthrite blennorragique et chez laquelle on

retrouvait le gonocoque dans les sécrétions vaginales. On ne peut donc guère retenir un mode d'infection de l'ovaire différent suivant l'infection en cause gonococcique ou streptococcique.

Il semble de toute façon que suivant l'expression qu'OKINZCIC emploie au sujet des abcès primitifs et qui s'applique aussi parfaitement aux abcès secondaires que la déhiscence hémorragique du follicule de DE GRAAF constitue bien un « locus minoris resistentiae ».

Observations

Mme P..., âgée de 24 ans, entre à l'hôpital Tenon le 15 mars 1934.

Cette malade est en traitement depuis un an pour salpingite ; malgré le traitement les douleurs (douleurs du bas ventre irradiant vers la région lombaire) persistaient, elle se plaignait toujours d'une leucorrhée qui restait fétide. Ses règles cependant n'étaient pas modifiées.

Au cours des trois dernières semaines qui ont précédé son entrée à l'hôpital les douleurs se sont exacerbées, les pertes blanches sont devenues plus abondantes.

On met en œuvre le traitement habituel : repos au lit, application de glace sur l'abdomen, vaccinothérapie. Après deux mois et demi de ce traitement l'état général s'est amélioré : engraissement notable, apyrexie complète ; mais localement il subsiste toujours une grosse masse annexielle gauche très bloquée.

Aussi se décide-t-on à intervenir le 30 mai 1934.

A l'intervention : hystérectomie subtotale par le procédé américain.

Le côté droit est peu malade, mais la trompe est bouchée.

Le côté gauche est bloqué. Le pus sort de la poche dès

l'abord. Le décollement est assez pénible, mais tout paraît venir, il ne persiste pas de suintement.

Drain vaginal. Drain abdominal. Paroi en un plan.

On fait un prélèvement de la poche dont on se demande s'il ne s'agit pas d'un abcès ovarien. La réponse du laboratoire est affirmative. Sur la coupe histologique on voit en effet une cicatrice de corps jaune et un petit kyste wolfien.

De plus l'aspect est celui d'une inflammation aiguë.

Cette observation présente le double intérêt de bien mettre en évidence, et la disproportion des lésions salpingiennes et ovariennes, et l'inefficacité du traitement,

En effet chez cette malade atteinte de salpingite depuis un an, à l'intervention la lésion dominante est cette grosse masse suppurée d'origine ovarienne qui contraste avec les lésions salpingiennes relativement peu accusées. Il est d'ailleurs curieux de noter la concordance entre l'histoire clinique de la malade et les résultats de l'examen histologique de la pièce anatomique. Cette dernière ne présentait en effet que des lésions d'inflammation aiguë et l'on peut se demander si la formation de cet abcès de l'ovaire n'a pas coïncidé avec l'exacerbation des symptômes présentés par la malade quelques semaines avant son entrée à l'hôpital.

Cette disproportion des lésions salpingiennes et ovariennes nous la retrouvons assez fréquemment :

tantôt il s'agit d'une malade qui présente une salpingite double, mais sans pus et un abcès de l'ovaire à droite. Elle est d'ailleurs hospitalisée pendant un mois, sans qu'on note de modification importante, et c'est ce qui engagea à pratiquer l'intervention,

tantôt il s'agit d'une malade de 46 ans, chez laquelle on trouve des trompes adhérentes, mais non sup-

purées, alors que les deux ovaires présentent de multiples petits abcès.

Nous en rapprocherons cette observation de QUÉNU, rapportée à la Société de Chirurgie, curieuse parce qu'elle concernait un ovaire en position anormale. Il s'agissait d'une jeune femme qui se plaignait de douleurs dans la fosse iliaque droite depuis un accouchement survenu quinze mois auparavant. On ne trouvait rien au toucher vaginal, mais à l'examen de l'abdomen on palpaît une grosseur de la dimension d'un œuf de pigeon, deux travers de doigt au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure. C'était une ovarite suppurée ne coexistant qu'avec une trompe rouge et enflammée, mais non suppurée.

Dans l'observation personnelle que nous avons rapportée tout au long, à côté de la disproportion des lésions salpingiennes, on était frappé de la résistance des lésions au traitement.

Malgré deux mois et demi de repos au lit certainement bien observés, puisque la malade était hospitalisée, on n'avait obtenu malgré toute la thérapeutique mise en œuvre : application de glace sur l'abdomen, vaccinothérapie, que des résultats très incomplets, une légère amélioration de l'état général, mais pas de modification de l'état local. Contrairement à ce qu'il est coutume d'observer dans beaucoup de salpingites ainsi traitées, non seulement cette masse n'avait pas regressée, mais encore elle était restée absolument fixée.

Et il est remarquable de retrouver ainsi dans la plupart des cas où l'on découvre un abcès de l'ovaire secondairement à l'intervention, l'inefficacité du traitement, qui s'est manifestée tantôt par la non résolution des signes locaux, tantôt par la persistance de la fièvre.

L'histoire d'une autre de nos malades permet d'illustrer cette amélioration incomplète avec persistance des signes pelviens.

Il s'agit d'une malade qui avait des pertes blanches abondantes depuis longtemps et qui fait brusquement un syndrome douloureux et fébrile.

Au toucher vaginal on constate que le cul de sac droit manque de souplesse, mais surtout dans le cul de sac gauche il existe une grosse masse fixée et douloureuse.

Elle est mise au traitement : repos au lit, glace sur le ventre et injections de lait.

La température redevient normale au bout d'une quinzaine de jours, mais les signes locaux ne se modifient pas.

Après trois semaines d'apyrexie, cette masse perçue au toucher vaginal n'ayant pas regressée et étant toujours aussi fixée, on l'opère et on trouve :

Une salpingite double avec gros abcès de l'ovaire gauche de la taille d'une mandarine, très adhérent au pelvis, renfermant un pus fétide. Les trompes sont oblitérées mais non suppurées.

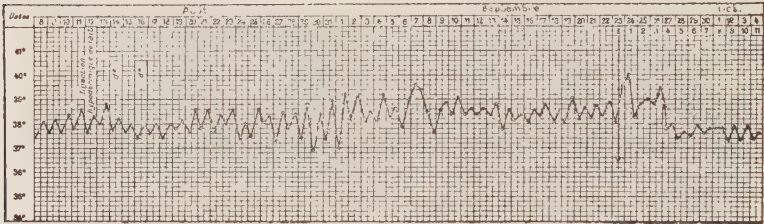
Plus fréquent encore semblent les cas où la résolution thermique même n'a pu être obtenue ou tout au moins est restée très incomplète. Nous avons pu en relever de très fréquents exemples.

Dans un cas c'est une malade qui se plaint de douleurs dans le bas ventre et de pertes blanches depuis une fausse couche survenue deux ans auparavant.

La première année elle a été obligée de se reposer et de s'aliter six mois.

La seconde année elle s'est alitée deux mois, les douleurs se sont alors à peu près calmées, mais la fièvre persiste entre 38° et 39°.

A l'intervention on trouve :
à droite une ovarite suppurée à pus fétide. Il s'agit
bien d'un abcès de l'ovaire car on voit dans la paroi



Courbe de température d'une malade de Lecène :
Salpingite bilatérale avec abcès serpiginieux de l'ovaire gauche.

de l'abcès principal, abcès de la dimension d'une grosse mandarine, un reste de corps jaune,
à gauche l'ovaire est kystique, mais sain.

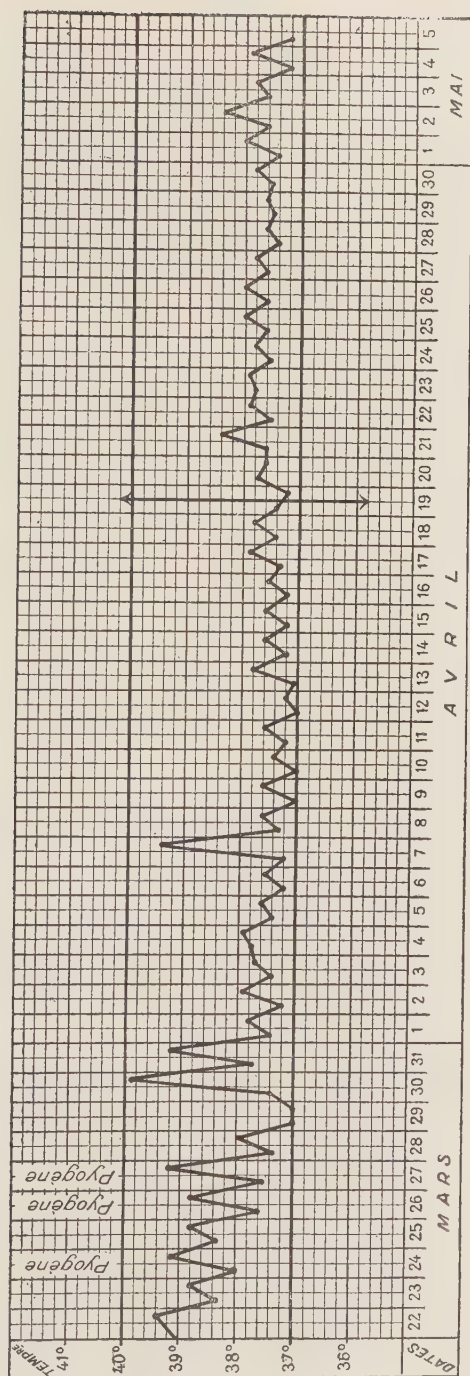
Dans un autre cas, c'est encore une malade qui se plaint de troubles génitaux depuis une fausse couche suivie de curettage dix-sept ans auparavant.

Elle se plaint d'une crise douloureuse du bas ventre avec température à 39°.

Au toucher vaginal on trouve à droite une annexite et à gauche une masse douloureuse absolument fixée.

Après 3 injections de lait la température descend à 37°8 - 38°. Mais malgré le repos absolu, elle se maintient à niveau pendant un mois, on intervient alors et on trouve:

à droite une annexite kystique, la trompe est fermée,
à gauche il y a du pus dans la trompe et surtout de multiples abcès de l'ovaire constituant une masse du volume d'une orange formée de huit abcès à pus fétide, du volume d'une noix. Cette masse est extrêmement adhérente au pelvis.



Volumineux abcès de l'ovaire gauche; après un mois de traitement,
la température n'est pas revenue à la normale (p. 40).

Ici c'est une malade qui se plaint de troubles très anciens, douleurs et leucorrhée depuis environ 11 ans.

Elle fait de nouveau une crise douloureuse fébrile, mais la température malgré le traitement habituel reste pendant un mois oscillante entre $37^{\circ}5$ et $38^{\circ}5$.

On intervient alors et on découvre :

à droite, des abcès multiples de l'ovaire à pus fétide accompagnant une salpingite scléreuse,

à gauche, un hydrosalpinx avec un ovaire kystique.

Là au contraire c'est une malade sans passé génital, qui brusquement au moment de ses règles est prise de douleurs du bas ventre et d'une ménorragie avec caillots.

Cette hémorragie persiste, la température élevée dès le début, devient oscilante entre 38° et 39° .

Sous l'influence du repos du lit et de la vaccination antipyogène la température baisse entre 37° et 38° . Mais au bout de un mois elle n'est pas revenue à la normale.

A l'intervention il existe un volumineux abcès de l'ovaire à gauche, les 2 trompes sont suppurées.

Chez ces différentes malades il faut noter que les lésions salpingiennes sont plus accentuées que dans les cas que nous avons examinés précédemment, tout en restant cependant nettement dominées par l'importance de la suppuration de l'ovaire. Il y avait une fois un hydrosalpinx de l'autre côté et dans 2 autres cas du pus dans la trompe soit du même côté, soit des deux côtés même. Il est vraisemblable que c'est l'importance de cette masse suppurée que constituait l'abcès de l'ovaire qui a empêché l'efficacité habituelle du traitement, alors que sans lui cette suppuration des trompes se serait sans doute tarie.

Nous attachons beaucoup moins d'importance aux cas où l'abcès de l'ovaire coexiste avec un pyosalpinx ;

on sait en effet qu'à lui seul il constitue une importante résistance au traitement. Citons cependant ces quelques exemples :

Une malade qui se plaignait sourdement du bas ventre depuis environ six mois, a au moment de ses règles une récrudescence des douleurs avec élévation de la température.

L'hémorragie qui était survenue avec 6 jours de retard, se prolonge pendant 2 semaines, très abondante, accompagnée de caillots.

Tandis que pendant 2 mois la température reste oscillante entre 38° et 39° malgré le repos absolu.

Au toucher vaginal on sentait une masse annexielle remontant jusque dans la fosse iliaque.

A l'intervention on découvre un pyosalpinx et des abcès multiples de l'ovaire.

Chez une autre malade dont la crise avait aussi débuté au moment des règles, malgré le repos absolu au lit, la fièvre et la douleur persistèrent pendant 2 mois, obligeant enfin à intervenir.

Il s'agissait d'un pyosalpinx double avec adhérences pelviennes étendues. Appendice adhérent aux annexes droites. L'ovaire droit renfermait des abcès multiples à pus verdâtre.

Citons pour terminer le cas de cette malade dont la salpingite après 2 mois de traitement ne refroidissait pas du tout et qui était porteuse d'un abcès aréolaire de l'ovaire gauche et d'un pyosalpinx gauche fistulisé dans la vessie.

Formes cliniques

Nous venons d'étudier les abcès de l'ovaire avec lésions salpingiennes minimales non suppurées, salpingites catarrhales ou salpingites scléreuses et les annexites dans lesquelles la suppuration de l'ovaire occupait une place prédominante par son importance en égard aux lésions des trompes, même lorsque ces dernières étaient suppurées.

Nous avons vu tout l'intérêt qu'ils présentaient au cours des salpingo-ovarites dont ils semblent commander l'évolution, leur diagnostic reste malheureusement impossible à faire sur les signes cliniques. Il est bien difficile d'identifier au cours d'une salpingite cette masse douloureuse et fixée qui occupe l'un des culs de sac vaginaux.

Sur 23 cas d'abcès de l'ovaire nous en avons ainsi montré six sans lésion suppurée des trompes. Ces abcès étaient de volume très variable allant des tout petits abcès multiples à l'abcès unique de la dimension d'une grosse mandarine.

Dans un certain nombre de cas les trompes étaient suppurées.

Plusieurs fois il s'agissait de pyosalpinx, nous en avons cité quelques exemples, nous n'y reviendrons pas.

Nous n'insisterons que peu sur les abcès tubo-ovariens que nous avons rencontrés à deux reprises parmi ces observations. Leurs particularités anatomiques ont été décrites d'une manière très approfondie par les auteurs classiques, notamment par J. L. FAURE et SIREDEY.

« Cette poche, disent-ils, est formée par la trompe dilatée communiquant avec une cavité kystique dé-

veloppée dans l'ovaire, de sorte que la trompe et l'ovaire concourent tous deux à former les parois de la poche. Il se fait une adhérence intime entre le pavillon de la trompe oblitérée et la surface de l'ovaire ; dans celui-ci se développent un ou plusieurs kystes purulents... et à la suite de la rupture de cette paroi (qui sépare un des kystes de la trompe) la communication s'établit entre la cavité kystique et la cavité tubaire...

Quelques fois le pavillon de la trompe paraît entrer dans la cavité ovarienne, et ses franges nagent dans le liquide de cette cavité en s'appliquant à l'intérieur de la cavité kystique. »

Mais il existe des abcès ovariens *au cours des affections pelviennes, en dehors des salpingites* et ils présentent un double intérêt à la fois pathogénique et clinique.

D'une part ils éclairent le mécanisme de la formation de l'abcès de l'ovaire, car là il ne peut plus s'agir de transmission par voie lymphangitique. L'infection se fait obligatoirement par la périphérie de l'organe, par voie de contiguité, que la déhiscence du follicule de DE GRAAF serve ou ne serve pas de porte d'entrée.

D'autre part ils créent des difficultés diagnostiques par l'apparition d'une masse latéro-utérine douloureuse accompagnée de fièvre, au cours du syndrome pour lequel la malade était en traitement.

Nous avons pu retrouver l'observation d'une malade chez laquelle l'abcès de l'ovaire était venu compliquer une hématocele suppurée.

Mme C., âgée de 31 ans, entre à l'hôpital le 1^{er} décembre 1924, pour des douleurs abdominales accompagnées de métrorragies.

L'interrogatoire de cette malade apprend que depuis très longtemps elle était réglée irrégulièrement, toutes les six semaines environ.

Mais actuellement ses dernières règles remontent au 26 septembre, elles ne sont pas réapparues depuis ; cependant il y a 3 semaines environ elle a eu une petite métrorragie avec quelques caillots qui a duré une heure ; les jours suivants elle a perdu de nouveau et ces métrorragies se sont répétées quotidiennement depuis cette époque, s'accompagnant toujours de caillots et augmentant progressivement d'abondance.

En même temps sont apparues des douleurs abdominales assez vives et ces derniers jours quelques douleurs lors de la miction.

Dans l'histoire de cette malade on relève qu'elle a eu 3 grossesses sans incident et 3 fausses couches.

A son entrée dans le service, la température est à 39°, il existe une vive réaction péritonéale avec contracture de la paroi abdominale.

Progressivement dans les 8 jours suivants, sous l'effet de l'application de glace sur l'abdomen, la température revient à la normale et la réaction péritonéale diminue.

On peut alors sentir ou toucher vaginal, une masse située à droite et en arrière de l'utérus, qui paraît être une masse annexielle de la dimension d'une tête fœtale.

L'intervention est pratiquée le 19 janvier 1925 sous rachianesthésie. Castration à droite pour hématoçèle suppurée formée par :

1° La trompe avec une grossesse extra-utérine ampullaire arrêtée dans son évolution et suppurée, de la dimension d'une grosse noix ;

2° Un ovaire énorme rempli par 3 grandes cavités à contenu hématique suppuré (pus odorant).

On a pu enlever le tout sans le rompre.

Les annexes étaient saines à gauche.

Conservation de l'utérus et des annexes gauches.

Paroi en 2 plans. Crins en huit. Petite mèche cellophane.

Mais l'abcès de l'ovaire peut être aussi la complication d'une infection extra génitale, pelvienne cependant l'origine peut en effet en être trouvée dans une affection colique par exemple.

Une de nos malades, âgée de 40 ans, se plaignait depuis l'âge de 16 ans de coliques violentes avec constipation et débâcles diarrhéiques. On retrouvait des glaires dans ses selles.

En juillet 1926 elle fait un syndrome douloureux de la fosse iliaque gauche, fébrile avec empâtement et perception d'une masse qui tombe dans le DOUGLAS.

On pratique une colpotomie qui permet de ramener 1 litre et demi de pus.

Les symptômes locaux disparaissent mais plusieurs mois après elle accusait encore des douleurs sourdes dans la fosse iliaque gauche, on intervient alors à la fin du mois de septembre et on découvre :

à gauche, plusieurs poches de pus très fétide dans l'ovaire, dont par ailleurs les adhérences sont extrêmement marquées avec l'S iliaque,

la trompe du même côté était suppurée,

à droite, il existait une annexite kystique simple.

L'examen bactériologique du pus n'a pas été fait. En tout cas il semble bien difficile de savoir s'il s'agit d'une annexite d'origine colitique ainsi que tendraient à le prouver les antécédents de la malade, ou bien d'une annexite d'origine génitale. Mais dans ce dernier cas il ne semble pas niable que l'ovaire gauche même s'il avait été lésé primitivement par cette infection — il est possible que cette ovarite n'ait pas été suppurée

— ait été infecté secondairement par les germes venus de l'S. iliaque avec lequel l'ovaire avait contracté des adhérences très étroites.

On voit donc ainsi, que si l'abcès de l'ovaire, secondaire à une infection pelvienne est le plus souvent d'origine salpingienne, il peut relever de causes très variées génitales ou même extra-génitales.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC

Nous avons étudié successivement les abcès primitifs et les abcès secondaires de l'ovaire. En pratique dans certains cas la distinction peut être difficile à faire entre ces 2 formes et cela d'autant plus que :

une infection générale peut créer des lésions ovariennes, ovarite infectieuse ourlienne par exemple, qui formera le lit d'une infection génitale secondaire ou même un abcès primitif pourrait se surinfecter secondairement,

— au contraire une infection génitale peut servir de point d'appel à une métastase microbienne.

Mais dans tous les cas qu'il soit primitif ou secondaire le diagnostic d'abcès de l'ovaire comporte un intérêt considérable ; il reste malheureusement toujours très difficile à faire.

Les signes fonctionnels ne présentent en aucun cas de caractère particulier.

La douleur revêt le type d'une réaction banale de salpingite.

Les troubles de la menstruation, les métrorragies entre autres, ne sauraient être retenues comme un symptôme d'ovarite, encore moins d'ovarite suppurée certaine. LECÈNE étudiait les métrorragies au cours de l'ovarite scléro-kystique. Il en arrivait à cet-

te conclusion qu'elles dépendaient certainement beaucoup plus de la congestion pelvienne que de troubles hormonaux dûs aux lésions de l'ovaire.

L'examen physique permet bien difficilement de retrouver l'origine ovarienne de cette masse para-utérine, d'autant qu'elle est souvent fixée par de nombreuses adhérences.

Un seul ordre de recherches pourra vraisemblablement apporter un appui qui permette de faire ce diagnostic avec une approximation suffisante, c'est l'examen hormonal de la fonction ovarienne. Il semble logique d'admettre que la destruction par la suppuration d'une glande endocrine telle que l'ovaire doit entraîner des troubles certains de ses sécrétions.

Malheureusement dans l'état actuel de nos connaissances, tant au point de vue des sources même de la folliculine et de la lutéine dans l'organisme, qu'au point de vue du dosage de ces substances, il ne nous est pas possible d'en faire état aujourd'hui.

Les causes d'erreur sont nombreuses, c'est cette masse para-citérine volumineuse, souvent très dure qui fait errer le diagnostic :

tantôt, et c'est fréquent, elle est prise pour un fibrome,

tantôt pour un kyste suppuré de l'ovaire.

Une fois elle a été confondue avec une hématocele suppurée.

Une fois même on a cru qu'il s'agissait d'une grossesse extra-utérine.

Mais lorsque le tableau clinique est celui d'une salpingite, l'erreur est de passer à côté de l'abcès de l'ovaire coexistant. Il y aurait pourtant un intérêt considérable à en faire le diagnostic puisque cet abcès lui-même ne rétrocede pas spontanément et qu'il constitue un obstacle à la résolution de cette annexe.

L'évolution montrant l'inefficacité du traitement médical est le meilleur signe de l'abcès de l'ovaire.

Cependant, il faut auparavant s'assurer que la salpingite n'est pas fistulisée et surtout qu'il ne s'agit pas de salpingite tuberculeuse.

Les fistules, quand elles sont vesico-salpingiennes, sont faciles à reconnaître, les signes de cystite, l'aspect des urines, la cystoscopie font le diagnostic ; les fistules entero-salpingiennes sont elles beaucoup plus souvent latentes, il faut y penser, notamment en présence d'une diarrhée persistante.

Mais le gros diagnostic de l'abcès secondaire de l'ovaire reste la salpingite tuberculeuse ; car il est difficile de faire cliniquement la preuve de la nature tuberculeuse de ces annexites et dans l'un comme dans l'autre cas, les lésions ne refroidissent pas et c'est ce qui attire l'attention au cours d'une salpingite que l'on croyait banale.

Le terrain toutefois est différent : il est rare de trouver une tuberculose pulmonaire évolutive associée, c'est quand on la constate un argument de première importance en faveur de la tuberculose : la virginité de la femmes est non moins capitale, car on ne peut guère alors rapporter la salpingite à une autre étiologie.

En dehors de ces deux cas spéciaux, c'est par un examen approfondi que se fera le diagnostic :

disproportion des lésions dont l'importance contraste avec le début apparent récent des signes évolutifs ;

absence de limitation des masses pelviennes vers la cavité abdominale, mais surtout coexistence d'autres lésions :

dans un abcès de l'ovaire avec salpingite se trouvent des lésions de métrite du col

au contraire la salpingite tuberculeuse ne s'accompagne pas de métrite, mais parfois d'infantilisme utérin.

L'examen clinique ne montre ainsi pas de signes constants et de valeur absolue permettant d'infirmier ou d'affirmer le diagnostic de salpingite tuberculeuse, la recherche des antécédents a une importance capitale. Elle peut apprendre que le malade avait eu une ascite de l'adolescence, elle montre surtout des anomalies de la puberté « véritables signes avant-coureurs de la tuberculose génitale », disait M. MOULONGUET-DOLERIS dans son rapport sur la tuberculose utero-annexielle au VIII^e Congrès de Gynecologie. Il peut s'agir d'amenorrhée absolue mais surtout de retard de la puberté qui n'apparaît que vers 15 ou 17 ans ; joint à la persistance de l'infantilisme utérin, c'est un signe de tout premier plan.

Lorsqu'ainsi on a pu éliminer la tuberculose salpingienne, et lorsqu'après un mois de traitement : repos au lit, application de glace sur l'abdomen, injections vaginales et vaccinothérapie, une annexite ne refroidit pas, que les signes locaux ne se sont pas modifiés, on doit penser à la possibilité d'un abcès de l'ovaire et intervenir.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Le traitement est toujours chirurgical.

L'intervention pratiquée dépend essentiellement de l'état des annexes.

S'il y a une annexité importante, surtout si elle est bilatérale, l'hystérectomie ne se discute pas. Mais ces opérations à chaud sont graves et souvent difficiles. Le choix du procédé opératoire variera suivant les lésions rencontrées. Il faut surtout insister sur la nécessité d'éviter à tout prix la rupture des abcès de l'ovaire en les enlevant. Citons que Lecène, entre autres procédés, faisait des hystérectomies totales retrogrades après incision première du vagin devant le col, ce qui lui permettait de passer entre les deux feuillets du ligament large et de créer un plan de clivage devant les lésions suppurées.

Mais il est évident qu'en présence d'une ovarite isolée, on doit se contenter d'une castration unilatérale et respecter l'utérus et les annexes du côté opposé.

La question du drainage se pose différemment suivant l'intervention qui a pu être réalisée. Lorsque l'abcès a pu être énuclé sans être rompu, et qu'il ne subsiste aucune suintement du plan de clivage, on est autorisé à fermer complètement la paroi. Dans le cas contraire, il faudra drainer. La mise en place d'une mèche cellophane semble donner alors de bons résultats.

CONCLUSIONS

I. — Les abcès de l'ovaire quels qu'ils soient, primitifs ou secondaires, méritent une place beaucoup plus considérable que celle qui leur est faite dans les ouvrages classiques.

II. — Les abcès primitifs de l'ovaire sont loin d'être une rareté, ainsi que le montrent les cinq cas recueillis au cours de ces onze dernières années.

III. — Le signe le plus constant en est la perception au toucher vaginal d'une masse para utérine dure, douloureuse.

IV. — Les abcès de l'ovaire secondaires à une affection pelvienne sont, eux, fréquents : 23 cas sur 110 observations de salpingites opérées.

V. — Parmi eux, il faut attirer l'attention sur les cas où l'abcès de l'ovaire ne coexiste qu'avec des lésions minimes des trompes, lésions sur lesquelles il prend nettement le pas.

IV. — L'abcès de l'ovaire a une évolution particulièrement tenace et n'a aucune tendance à se résorber spontanément, rappelant en cela l'évolution de la salpingite tuberculeuse avec laquelle il est souvent de diagnostic difficile, mais très important, car cette dernière peut poser des indications thérapeutiques nettement différentes.

VII. — C'est vraisemblablement là qu'il faut chercher la raison pour laquelle un certain nombre de salpingites non tuberculeuses, ne refroidissent pas sous l'action du traitement médical.

VIII. — Aussi, lorsqu'après un mois de traitement : repos au lit, application de glace sur l'abdomen, vaccinothérapie, une salpingite ne s'est pas refroidie et que rien ne permet de penser à la tuberculose, on doit porter le diagnostic d'abcès de l'ovaire et intervenir.

IX. — L'exérèse chirurgicale est en effet le seul traitement de l'abcès de l'ovaire.

Vu :
LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PROUST.

Vu et permis de l'Académie :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLAINE (Gaudart d'). — Abscès du corps jaune rompu. *Bullet. et Mémoires de la Soc. Nat. de Chirurgie*, 55 : 1372-1374, 11 décembre 1929).
- BLACK (W. T.). — Abscès de l'ovaire. *South. M. J.* 29 : 630-636, juillet 1933.
- BERGER (M.). — Abscès métastatique de l'ovaire, complication d'une grossesse chez une malade récemment guérie d'une typhoïde. *Lijecnicki Vjesnik* 55, 264-268, 1933.
- BEGOUIN et PAPIN. — *Précis de Pathologie chirurgicale*, t. V, 866, 1928.
- CHOMÉ. — Abscès non puerpéraux de l'ovaire et abcès du corps jaune. *Thèse Paris*, 1918-1919, n° 225.
- CORDUA et KECK. — Bacille paratyphique B. dans un abcès de l'ovaire. *Zentralb. f. Gynækol.*, p. 2747-2757, 23 octobre 1926.
- COSMA (Raffaele). — Abscès de l'ovaire. *Ann. di Ostet. e. Gin. an. Li*, n° 6, p. 753, 30 juin 1929.
- DARNALL (W. E.). — Suppuration de l'ovaire. *M. Rec.* 139 : 395-396, 18 avril 1934.
- DEXEUS FONT. (S.), SALARICH TORRENTS (M.-S.). — Une observation d'abcès de l'ovaire. *Ars. Mce. Barcelona*, 5 : 385-387, novembre 1929).
- ETHERIDGE (J.-H.). — Abscès pneumococcique de l'ovaire, au sujet de trois cas. *Am. Journ. Méd. Sciences Philadelphia*, 1896, CXI : 377-384.
- FORTI (E.). — Association d'abcès de l'ovaire avec kyste para-ovarien, un cas. *Archives do estet. e. ginec.*, 20 : 804-809, décembre 1933.
- .

- FRANK. — Abcès de l'ovaire. *Louisville Monthly Journ. Méd. a. Sury*, 1902-1903, IX, p. 112-114.
- Abcès de l'ovaire. *Louisville M. Journ. Med. a. Sury*, 1907, XIII, p. 260.
- FAURE (J.-L.) et SIREDEY. — Traité de Gynécologie médico-chirurgicale, 1928.
- GERSTENBERY. — Deux cas d'abcès de l'ovaire opérés par laparatomie. *Zeitschr. J. Geburtsh. und Gynækol.*, 1901, XLV : 194-198.
- HESSERT (W.). — Utérus bicorne unicervical, avec un abcès de l'ovaire et une hématoçèle. *Americ. Med. Philadelphia*, 1902, IV, p. 461.
- JACOBS. — Un cas d'abcès de l'ovaire. *Bullet. Soc. belge de Gynéc. et d'Obstétr.*, 1892, III, p. 58-60.
- Abcès de l'ovaire gauche simulant une grossesse extra-utérine. *Progrès Méd. Belge*, 1902, IV, p. 4.
- JEWETT (C.). — Abcès de l'ovaire. *Brooklyn Méd. Journal*, 1906, XX, p. 33).
- LACOUTURE. — Sur un cas de chorio-épithéliome coexistant avec un abcès de l'ovaire. *Soc. d'Obst. et de Gyn. de Bordeaux*, séance du 12 novembre 1929.
- LAUWERS. — Abcès ovarique à streptocoques et à colibacilles; coeliotomie; mort. *Bullet. Soc. Belge de Gyn. et Obst.*, 1900-1901, XI, p. 207-213.
- LECENE. — *Thérapeutique chirurgicale*.
- MAUGER. — Contribution à l'étude de l'ovarite suppurée. *Thèse de Paris*, 1900-1901.
- MIEGIUS. — Abscessus et hydropa ovarii dextri. *Acta Acad. Nat. Curios*, 2^e édit., novembre 1927, I, p. 161-165.
- MISH. — Une observation de trois abcès de l'ovaire. *Méd. Brief Saint-Louis*, 1905, XXXIII, p. 653.
- MONDOR. — *Diagnostics Urgents.*, p. 326, Ed. 1930.
- MOULONGUET-DOLÉRIS. — *Diagnostics anatomo-cliniques de Lecène, recueillis par ses élèves. Appareil génital de la femme.*
- Etude clinique de la tuberculose anœxiale. *Gynécol. et Obst.*, t. XXVIII, n^o 2, août 1933.

- OKINZCYC. — Les Oophoro-salpingites métastatiques. *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, VII, p. 27, janvier 1910.
- ORTHMANN. — *Centrall. f. Gyn.*, n° 25, 23 octobre 1897.
- OTTORINO TENANI. — Rupture d'un abcès de l'ovaire, péritonite aiguë. *La Clinica Ostetrica*, n° 1, gennaio, 1929, p. 21.
- PITHA (V.). — Diagnostic et Etiologie des abcès ovariens. *Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynæk.*, 1899, X, p. 141-174.
- POLAK (J.-O.). — Types d'abcès tubo-ovariens. *Amer Gyn. a. Obst. New-York*, 1901, XIX, p. 439.
- POTEN (W.). — Contribution à l'étude des abcès primitif de l'ovaire. *Pathol. Anat. Arbeiten., J. Orth. u. Prof. Jubil.* Berlin, 1903, p. 1-10.
- SCHULTZ (C.-S.). — Abcès de l'Ovaire. *Internat. Journ. of Surg.* New-York, 1904, XVII, p. 234-239.
- SHWARTZ (T.). — Embolie de l'artère centrale de la rétine après une ovariectomie pour abcès du corps jaune. *Bratisl. lekar listy.*, XI : 180-182, avril 1931.
- SZAMEK. — Gravidité et abcès de l'ovaire. *Wiener Mediz. Wochenschr.*, 79 : 1590-1594, 7 décembre 1929.
- TAYLOR (J.-W.). — Un gros abcès de l'ovaire. *Brit. Gynaecol. Journ.*, London, 1904-1905, XX, p. 340-42.
- THOMSON (C.-M.). — Un cas d'abcès de l'ovaire présentant tous les signes d'un kyste de l'ovaire. *Indian Méd. Gazette*, Calcutta, 1903, XXXVIII, p. 415.
- TOURNEUX (J.-P.). — Deux cas d'abcès ovariens. *Soc. de Médecine de Toulouse*, 21 mars 1927.
- VENOT et ROCHE. — Abcès primitif de l'ovaire ouvert dans le rectum. *Journ. de Médec. de Bordeaux*, 1903, XXXIII, p. 673.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	13
CHAPITRE PREMIER. — <i>Les abcès primitifs de l'ovaire</i>	15
Quel est le critérium de l'abcès primitif?.....	16
Observations d'abcès primitif de l'ovaire....	18
Symptomatologie	24
Formes cliniques	27
Evolution et pronostic	29
CHAPITRE II. — <i>Abcès secondaires</i>	31
Observations	34
Formes cliniques	42
CHAPITRE III. — <i>Diagnostic</i>	47
CHAPITRE IV. — <i>Traitement</i>	51
CONCLUSIONS	53
BIBLIOGRAPHIE	55



IMPRIMERIE SPÉCIALE
DE
MM. VIGOT Frères



